TITRES ET TRAVAUX

DU

Docteur Pierre PARISOT

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE DES MALADIES DES VIEILLARDS



NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

—

1894

TITRES

I. — GRADES UNIVERSITAIRES

Bachelier ès lettres	14 août 1875.
Bachelier ès sciences restreint.............	10 août 1876.
Docteur en médecine	7 août 1884.

II. — FONCTIONS UNIVERSITAIRES

Chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy. Du 1er décembre 1883 au 1er décembre 1886.

Agrégé (section de médecine et médecine légale). Attaché à la Faculté de médecine de Nancy par arrêté du 17 avril 1886. En exercice depuis le 1er novembre 1887.

Délégué dans les fonctions de chef de clinique médicale. Du 1er février 1888 au 1er février 1889.

Chargé du cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards par arrêté du 24 mai 1889.

Chargé du cours de pathologie interne et générale. Du 1er janvier au 1er avril 1893.

III. — TITRES OBTENUS AU CONCOURS

Externe des hôpitaux de Nancy..................	1878
Interne des hôpitaux de Nancy	1880
Lauréat de la Faculté de médecine de Nancy : Mention très-honorable au concours pour le prix de l'Internat.	1882
Chef de clinique médicale.........................	1883
Agrégé de médecine............................	1886

IV. — TITRES DIVERS

Médecin adjoint du Lycée de Nancy.

Médecin légiste désigné par la Cour de Nancy.

Médecin des épidémies de l'arrondissement de Nancy.

Inspecteur régional adjoint de l'hygiène publique.
Membre du Comité central d'assistance médicale et de vaccine.
Membre adjoint du Conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de Meurthe-et-Moselle.
Membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.
Membre de la Société de médecine de Nancy.
Rédacteur en chef de la *Revue médicale de l'Est.*

V. — DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Officier d'académie .... 13 juillet 1893.
Médaille d'honneur en argent décernée par le Ministre de l'intérieur.......................... 21 janvier 1893.
Médaille de bronze décernée par le Ministre de l'intérieur sur la proposition de l'Académie de médecine .. .. 28 novembre 1893.

VI. — ENSEIGNEMENT ET SERVICES UNIVERSITAIRES

Cours de clinique des maladies des vieillards. — Enseignement annuel depuis mai 1889.

Conférences de pathologie interne. — Enseignement annuel, puis semestriel, fait officieusement depuis mars 1887 et officiellement depuis novembre 1887 jusqu'en 1893.

Objet des conférences : « Maladies du système nerveux ».

Cours de pathologie interne (suppléance de M. le professeur HECHT). Du 1er janvier au 1er avril 1893.

Objet du cours : « Maladies de la plèvre. Généralités sur les maladies du cœur »,

Conférences de pathologie générale. — Enseignement semestriel.

Objet des conférences :

En 1893 : « Généralités sur la maladie, classification des maladies, maladies infectieuses, immunité, vaccination ».

En 1894 : « De l'insuffisance hépatique et de l'insuffisance rénale dans les maladies ».

Suppléance pendant les vacances académiques :

a) De la clinique annexe des maladies cutanées en 1886.

b) De la clinique médicale depuis 1887.

TRAVAUX

Recherches sur le pouls dans le cours, la convalescence et la rechute de la fièvre typhoïde. Thèse de doctorat, 1881, J.-B. Baillière, éditeur, avec six planches hors texte.

L'étude du pouls dans la fièvre typhoïde faite avec 45 observations personnelles nous a permis de contrôler les opinions si différentes des auteurs sur ce sujet, d'infirmer les unes et de confirmer les autres.

Nous ne nous sommes pas contenté d'étudier la seule valeur clinique de la fréquence du pouls, mais nous avons porté spécialement notre attention sur les formes que la pulsation radiale peut revêtir dans les différents stades de la fièvre typhoïde et surtout pendant la convalescence prolongée de cette maladie. Voici nos principales conclusions :

Du pouls dans le cours de la fièvre typhoïde. — A la *période d'état*, dans la très grande majorité des cas et dans la totalité de ceux que nous avons observés, le pouls est d'une *fréquence* supérieure à la normale tout en étant, pour une même température, moins accéléré que dans les autres maladies fébriles. La fréquence du pouls est remarquablement moins grande chez les hommes que chez les femmes ou, pour mieux dire, que chez les sujets d'une grande impressionnabilité nerveuse, dans la majorité des cas observés, le pouls oscille chez les hommes entre 80 et 104 et chez les femmes entre 104 et 120. Il y a gravité quand le pouls, pendant plusieurs jours, atteint ou dépasse 116 chez les hommes et 140 chez les femmes, restriction doit être faite pour les cas où cette accélération est due à une complication douloureuse.

La *forme* du pouls renseigne mieux que la fréquence sur l'élévation de la température. La pulsation est remarquable par l'exagération du dicrotisme normal ; il n'y a pas de rapport entre l'amplitude du dicrotisme et la gravité de la maladie. Au début comme au milieu de la période d'état, le pouls peut être tricrote ou même polycrote (polycrotisme fébrile) ; cette forme considérée en elle-même, n'est pas, comme on l'a dit, l'indice d'une convalescence prochaine ni l'apanage d'une convalescence confirmée. Le dicrotisme asymétrique est une des formes les plus caractéristiques du pouls de la fièvre typhoïde. Le pouls peut devenir *irrégulier* à la suite

d'une augmentation rapide et considérable de la tonicité artérielle, nous avons produit ces irrégularités à volonté en refroidissant la surface du corps du typhique. A la *période des oscillations* descendantes, le pouls diminue habituellement de *fréquence*, mais sa *forme* n'a pas de cachet propre à ce stade de la maladie.

Du pouls pendant la convalescence. — Au moment de la défervescence, le pouls se ralentit et devient souvent irrégulier dans le cas de défervescence brusque, mais dans le cours de la convalescence il est mobile et devient fréquent sous l'influence des causes les plus minimes. La *forme* du pouls pendant la convalescence varie suivant une certaine règle contrairement à ce que l'on croyait : au début, c'est-à-dire au voisinage de la défervescence, la pulsation présente les signes d'une forte tonicité artérielle ; à une période plus avancée, elle rappelle, bien qu'il y ait apyrexie, la forme du pouls fébrile et revient, au bout d'un temps assez long, à la forme normale. Si l'anémie du convalescent est peu prononcée, la forme de la pulsation redevient normale sans avoir affecté la forme du pouls fébrile sus-indiquée.

Du pouls dans la rechute. — A gravité égale, le pouls est plus fréquent dans la rechute que dans la première évolution typhoïde.

Considérations sur 26 cas de fièvre typhoïde observés à l'hôpital civil pendant les vacances de l'année 1891 (leçons recueillies par M. P. Jacques, externe des hôpitaux). *Rev. méd. de l'Est*, 1891, p. 717 et 745.

Nous nous attachons particulièrement dans ces leçons à mettre en lumière et les faits cliniques dont la description s'éloigne des données classiques et les complications rares de la fièvre typhoïde.

Les premières taches rosées se sont rencontrées sur le dos et les lombes avant d'apparaître sur l'abdomen ; elles peuvent, contrairement à certaines assertions, se renouveler pendant la maladie au-delà du 35e jour, nous en avons noté au 43e jour. Bien des fois, pendant la convalescence, nous en avons observé de nouvelles poussées après 7 et même 15 jours d'apyrexie, ces taches étaient moins nombreuses, souvent moins grosses et plus pâles que celles de la période d'état, elles n'ont affecté aucun rapport avec les rechutes.

La douleur abdominale spontanée a été accusée plutôt au creux épigastrique qu'au niveau de la fosse iliaque droite ou de la région ombilicale.

Pendant la convalescence, la constipation peut entraîner une élévation de température allant jusqu'à 41°,5, cette hyperthermie est étrangère à toute complication et cède immédiatement au rétablissement du cours des matières, les toxines pyrétogènes, mises en évidence dans le contenu de l'intestin par Bouchard et ses élèves, en fournissent l'explication.

Nous retenons en terminant l'attention sur la pleurésie séreuse et la tétanie pendant la période d'état de la maladie et, parmi les infections secondaires de la convalescence, sur les pustules d'ecthyma.

Contagion de la fièvre typhoïde. *Rev. méd. de l'Est*, 1892, p. 271.

Dans l'épidémie de Forcelles-Saint-Gorgon, petite commune de Meurthe-et-Moselle, la genèse et l'enchaînement des différents cas ne souffrent pas d'autre interprétation que la contagion par l'air et quelquefois par le contact direct. Semblables faits sont loin d'être exceptionnels à la campagne, aussi nous demandons-nous si la propagation de la maladie par l'air n'est pas plus fréquente au village qu'à la ville.

Peut-être faut-il chercher l'explication de cette particularité dans ce fait que le campagnard a une réceptivité supérieure à celle du citadin, inconsciemment vacciné dans le milieu à endémicité typhique où il est obligé de vivre. Dès lors, quelques germes pathogènes, charriés par l'air, suffisent à triompher de la santé de l'homme de la campagne, tandis que l'homme de la ville a besoin pour devenir malade d'une infection intensive que seule une eau riche en bacilles d'Eberth est capable de produire.

De la diphtérie à Nancy. *Rev. méd. de l'Est*, 1890, p. 393.

La diphtérie est en progression à Nancy depuis 1881 ainsi que le prouve la statistique des décès par diphtérie établie pour une période s'étendant de 1877 à 1889. La réapparition de cette maladie dans certaines maisons à des intervalles variant de 3 mois à 4 ans montre quelle est la vitalité du bacille de Lœfler. Des mesures énergiques de désinfection et de prophylaxie s'imposent.

Quelques considérations sur une épidémie de variole à Saint-Nicolas. *Soc. de méd. de Nancy*, 23 déc. 1891.

L'histoire de l'épidémie qui règna dans cette ville est l'éclatante démonstration de la valeur des vaccinations et revaccinations et de la nécessité de rendre ces mesures obligatoires et générales. La population civile fut seule atteinte et les deux tiers des décès portèrent sur des personnes non vaccinées ou qui n'avaient pas été revaccinées ; la garnison, pour laquelle les vaccinations et revaccinations sont obligatoires, resta absolument indemne.

La grippe chez les vieillards de l'hospice Saint-Julien en 1891-92. *Soc. de médecine*, 24 février 1892.

Coup d'œil rapide jeté sur les différents aspects cliniques qu'a revêtus la grippe chez les vieillards de l'hospice Saint-Julien et sur les lésions multiples trouvées aux autopsies.

Une épidémie de grippe-influenza et de pneumonie à l'hospice Saint-Julien 1891-92 (en collaboration avec M. le docteur Stroup). *Rev. méd. de l'Est*, 1894, p. 325.

Histoire détaillée de l'épidémie de grippe avec description des diverses formes de la maladie, étude des liens qui unissent la grippe à la pneumonie, caractère de contagiosité tout spécial de cette dernière affection, telles sont les principales divisions de cette étude.

La grippe à Nancy en 1889-90 et la mortalité par tuberculose pulmonaire. *Rev. méd. de l'Est*, 1893, p. 583, avec planche.

Contrairement à une opinion généralement reçue, la grippe-influenza n'a pas augmenté à Nancy le nombre annuel des morts par tuberculose pulmonaire mais, en hâtant la fin de quelques tuberculeux pendant les mois où elle sévissait, elle a seulement modifié la répartition mensuelle des décès.

Étiologie de la tuberculose pulmonaire chez le vieillard (leçon recueillie par M. le Dr Stroup). *Rev. méd. de l'Est*, 1894, p. 353.

Si les facteurs étiologiques de la tuberculose pulmonaire sont nominalement les mêmes chez l'adulte et chez le vieillard ; ils ne doivent pas, au

point de vue de leur importance relative, être classés dans le même ordre à ces deux stades de la vie.

Les affections chroniques du tube digestif, les modifications fâcheuses survenues sur le tard dans les conditions matérielles de l'existence, la sédentarité intensive occupent chez le vieillard les premières places dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire tandis, qu'en dernier rang, viennent seulement la contagion, l'alcoolisme et enfin l'hérédité.

La pneumonie étudiée spécialement chez le vieillard dans ses rapports avec les variations mensuelles de la température atmosphérique. *Rev. méd. de l'Est*, 1890, p. 225, avec planche.

Le froid joue un rôle plus important dans l'étiologie de la pneumonie du veillard que dans celle de l'adulte, nous ne lui accordons pas cependant, comme certains observateurs, une place privilégiée dans les facteurs étiologiques de cette maladie, mais nous le plaçons au rang des causes banales déprimantes du système nerveux tels que sont, par exemple, les excès de fatigue. Le vieillard, chez lequel les combustions organiques sont ralenties, la vitalité nerveuse moins intense, est obligé de faire un effort plus grand que l'adulte pour maintenir au degré normal sa température propre lorsqu'il est plongé dans une atmosphère froide. La régulation de la production de calorique, faite par un système nerveux mal irrigué, mal nourri, représente pour le vieillard un travail considérable et devient du surmenage lorsque cette suractivité fonctionnelle est brusquement mise en jeu par le passage de l'été à l'automne ou journellement sollicitée par les appels réitérés des froides températures de l'hiver.

La recrudescence des pneumonies en avril trouve probablement son explication dans une sorte de réveil d'activité du pneumocoque contenu dans la bouche.

De la pneumonie abortive chez le vieillard (en collaboration avec M. le professeur Bernheim). *Rev. méd. de l'Est*, 1889, p. 129.

Dans ce mémoire basé sur neuf observations de pneumonie abortive, la symptomatologie, les rechutes, le pronostic, les complications, la cause de l'abortivité sont passés successivement en revue ; en voici les principales conclusions :

La pneumonie chez le vieillard comme chez l'adulte peut être abortive.

Ces formes abortives nous ont paru être remarquables par la bénignité

des symptômes. Les symptômes ne diffèrent d'ailleurs pas essentiellement de ceux de la pneumonie ordinaire ; le mode et les symptômes du début ne peuvent pas faire prévoir que la pneumonie sera abortive.

Quel que soit le siège de la pneumonie (sommet ou base), la pneumonie peut être abortive et bénigne. Un état assez prononcé de débilitation antérieure n'exclut pas l'abortivité de la pneumonie.

La pneumonie abortive peut avoir une ou deux rechutes également abortives.

De l'épistaxis chez le vieillard. *Rev. méd. de l'Est*, 1890, p. 209.

L'épistaxis est rare chez le vieillard, car la muqueuse pituitaire sclérosée est moins riche en liquide sanguin que chez l'adulte par suite de l'imperméabilité relative de ses artérioles altérées. Nous estimons qu'il existe une variété d'épistaxis plus spéciale au vieillard : elle est d'origine vasculaire et la lésion porte tantôt sur les artères, tantôt sur les veines ou sur les capillaires.

La rupture d'une artériole présentant des anévrysmes miliaires ou de l'endopériartérite donne naissance à une hémorrhagie abondante, difficile à arrêter et implique un pronostic fâcheux surtout en tant que phénomène précurseur d'une hémorrhagie cérébrale de même origine. La périodicité est un des caractères de l'épistaxis d'origine veineuse, c'est aussi son danger ; quant à l'épistaxis consécutive à la rupture de capillaires, c'est assurément la plus bénigne.

De l'hydro-pneumopéricarde par ulcère rond de l'estomac. *Rev. méd. de l'Est*, 1885, p. 449.

A propos d'une observation personnelle, nous avons réuni les cas similaires épars dans la littérature médicale et nous avons fait d'après eux une étude anatomo-pathologique, clinique et diagnostique de cette variété d'hydro-pneumopéricarde engendré par l'ulcère rond de l'estomac.

Note sur un cas d'ulcère rond de l'estomac avec occlusion pylorique intermittente. *Rev. méd. de l'Est*, 1887, p. 752.

C'est habituellement à la sténose du pylore et à son occlusion permanente que donne naissance l'ulcère rond en se cicatrisant. Mais dans le

cas que nous relatons, l'orifice pylorique a ses dimensions normales et ne présente aucune induration. Une cicatrice d'ulcère rond, située à son voisinage, détermine la formation d'une sorte de valvule qui vient, seulement lorsque l'estomac est fortement distendu, s'appliquer contre le pylore et en produire l'occlusion. Cette disposition anatomique est intéressante et par sa rareté et par les phénomènes *intermittents* d'occlusion pylorique auxquels elle donne naissance.

Note sur un. cas de déformation globulaire de l'estomac.
Soc. de méd. de Nancy, 25 février 1891.

Un homme de 67 ans qui avait pendant de longues années accusé des symptômes de dyspepsie, présenta à l'autopsie la particularité suivante : l'estomac avait l'aspect d'un véritable globe appendu à un pédicule constitué par l'œsophage et le duodenum qui n'étaient plus distants l'un de l'autre que de $0^{m},015$. Du tissu cicatriciel, trace d'anciens ulcères coalescents, occupait la petite courbure et avait, en rapprochant les orifices cardiaque et pylorique, produit cette déformation rare de l'estomac.

Considérations cliniques, physiologiques et thérapeutiques à propos d'un cas de cancer de l'estomac (en collaboration avec M. le professeur V. Parisot). *Rev. méd. de l'Est*, 1887, p. 460).

Ce travail que nous aurions pu intituler de *la soif dans le cancer du pylore* repose sur l'observation d'un homme qui présenta à l'autopsie une tumeur pylorique mesurant 12 centimètres sur 8 et ne permettant pas à de l'eau injectée dans l'estomac de passer dans le duodenum.

Ce malade, dont l'estomac restait dilaté par les liquides qu'il ingérait, fut tourmenté par une *soif* vive, des lavements d'eau ont seuls fait cesser cette atroce sensation.

Cette soif est un symptôme que les auteurs classiques passent ordinairement sous silence. Dans l'espèce, cette question de la soif est liée à un problème physiologique encore pendant : l'absorption des liquides par la muqueuse stomacale. Devant la divergence d'opinions de physiologistes tels que Magendie, Wundt, Beaunis, Küss et Duval, sur l'absorption des liquides par l'estomac, notre observation offre un réel intérêt en venant apporter la preuve clinique que la muqueuse de l'estomac absorbe peu ou pas. Nous n'insisterons pas sur l'importance de l'administration de lavements d'eau en pareille circonstance.

Note sur un cas de pleuro-péritonite tuberculeuse (en collaboration avec M. le professeur SPILLMANN). *Rev. méd. de l'Est*, 1887, p. 260.

Il s'agit d'une occlusion intestinale dont les premiers symptômes apparurent au cours d'une péritonite tuberculeuse, vingt-quatre heures après, une injection gazeuse rectale de un litre et demi de gaz acide sulfhydrique et carbonique.

Pathogénie des atrophies musculaires. Thèse d'agrégation, 1886, F. Alcan, éditeur.

L'atrophie musculaire circonscrite ou généralisée n'est pas produite par un mécanisme toujours identique. Nous adoptons une classification des atrophies musculaires à la fois pathogénique et étiologique. Dans une première catégorie, nous rangeons les amyotrophies dues à une lésion du système nerveux central discutant successivement l'action de la moelle du bulbe et du cerveau ; dans une deuxième classe trouvent place les altérations du système nerveux périphérique avec l'exposé des théories qui invoquent l'influence de l'immobilisation, des fibres vaso-motrices contenues dans les nerfs, des nerfs trophiques, de l'interruption de l'action trophique de la moelle, de l'action réflexe, de la névrite ascendante ou de l'irritation. Guidé toujours par les connexions organiques du système neuro-musculaire, nous étudions les amyotrophies d'origine myopathique, circonscrites ou progressives en recherchant si elles dépendent bien d'une lésion protopathique du muscle ou d'un trouble fonctionnel du myélaxe.

Quittant ensuite le terrain de la pathogénie pour nous placer sur celui de l'étiologie pure, nous envisageons les amyotrophies consécutives aux altérations des os, des articulations et de la plèvre pour lesquelles nous discutons les diverses interprétations pathogéniques proposées, telles que l'immobilisation, l'anémie vasculaire, l'inflammation, la névrite, l'action réflexe.

Un dernier groupe est consacré aux amyotrophies dans les maladies infectieuses, les intoxications, les dyscrasies et les cachexies, leur étude pathogénique qui est peut-être la plus complexe, nous oblige à faire intervenir d'autres facteurs morbides en dehors de ceux que nous avons signalés, telle, par exemple, l'hyperthermie ou l'action directe de la substance toxique sur le muscle.

Cas d'hémiplégie spasmodique infantile. *Société de médecine de Nancy*, 14 décembre 1887.

Une enfant de 11 ans a présenté depuis l'âge de deux mois des phénomènes convulsifs qui se sont amendés ; actuellement elle a de la microcéphalie, de la contracture des membres et de l'atrophie portant sur les muscles et sur le squelette. L'intelligence est inférieure à celle d'une enfant de son âge ; le langage, fait intéressant, est rudimentaire et composé d'onomatopées.

Aphasie motrice avec perte de la lecture mentale. *Rev. méd. de l'Est*, 1891, p. 257.

Il s'agit d'une femme de 71 ans atteinte d'aphasie motrice avec perte de la lecture mentale. Cette malade ne pouvait plus prononcer que trois ou quatre mots, elle se rendait bien compte de tout ce qu'on lui disait, reconnaissait les objets, les lettres, mais ne comprenait pas les mots écrits ou imprimés dont elle avait perdu le souvenir d'articulation. Si au lieu de chercher à lui faire reconnaître uniquement des mots qu'elle ne pouvait plus prononcer, j'écrivais au milieu d'eux les mots sucre ou pain qui composaient son vocabulaire, elle les trouvait après avoir, comme d'habitude, passé en revue les mots écrits devant elle en s'efforçant d'épeler successivement chacun d'eux.

L'autopsie révéla un ramollissement du pied de la troisième circonvolution frontale gauche, la première circonvolution temporale et le lobule pariétal inférieur étaient sains.

Dans l'espèce, la cécité verbale ou mieux la perte de la lecture mentale peut s'expliquer par ce fait que le centre de mémoire visuelle des mots n'avait pas acquis chez cette malade une indépendance complète : les mots écrits ne pouvaient être compris qu'à condition non pas seulement d'être vus mais aussi d'être articulés mentalement, opération devenue impossible par suite de la lésion de la circonvolution de Broca.

Monoplégie faciale par lésion limitée de la capsule interne. *Rev. méd. de l'Est*, 1893, p. 175, avec planche.

La lésion que nous décrivons a, par sa minime étendue, le grand avantage de préciser le lieu de passage à travers la capsule interne des fibres du facial destinées à l'innervation de la partie inférieure de la face.

Brissaud admet que le faisceau géniculé de la capsule interne renferme les fibres du facial et de l'hypoglosse ; Raymond et Artaud estiment que les fibres cérébrales de l'hypoglosse traversent la capsule interne au niveau du genou, et l'observation que j'ai recueillie m'autorise à poser les conclusions suivantes :

Les fibres du facial émanant de l'écorce cérébrale et destinées à transmettre le mouvement à la partie inférieure de la face, occupent dans leur trajet à travers la capsule interne la partie tout à fait postérieure du faisceau géniculé et traversent l'étage inférieur du pédoncule cérébral correspondant dans une région située entre les faisceaux pédonculaires interne et moyen.

Traumatisme périphérique et tabes (en collaboration avec M. le professeur Spillmann). *Revue de médecine*, 1838, p. 190.

Deux observations inédites que nous faisons suivre de l'étude des faits publiés jusqu'à ce jour servent de base à ce travail que nous terminons par les conclusions suivantes :

Un traumatisme périphérique, fut-il léger, peut-être, même à une époque éloignée, l'origine du tabes. Il n'en est pas la cause suffisante ; une prédisposition nerveuse personnelle ou héréditaire, doit, en outre, intervenir dans la genèse de l'ataxie locomotrice.

Note sur un cas d'hémichorée essentielle (en collaboration avec M. le professeur Schmitt). *Rev. méd. de l'Est*, 1881, p. 373.

Hémichorée essentielle nettement limitée au côté droit du corps avec légère diminution de la sensibilité dans tous ses modes de ce côté seulement. A droite, la *température* axillaire reste durant la maladie sensiblement supérieure à celle du côté opposé ; pendant le sommeil, au moment où les mouvements cessent d'une façon complète, la même différence persiste et c'est avec la convalescence que l'égalité se rétablit. Ce phénomène n'avait pas encore été signalé ; pour l'expliquer on ne peut invoquer le travail musculaire développé par les mouvements choréiques, car l'écart thermique persiste même pendant le sommeil en l'absence de toute manifestation choréique ; il serait plus logique de l'attribuer à une influence purement nerveuse.

Furonculose et polyurie (en collaboration avec M. le professeur Spillmann). *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, septembre 1889.

La furonculose associée à la polyurie ne constitue pas toujours un indice certain d'un diabète glycosurique ou même azoturique, la furonculose peut accompagner la polyurie simple ou symptomatique. La peau troublée dans ses fonctions et sa nutrition sous l'influence de la polyurie perd de sa vitalité et, dès lors, le staphylococcus aureus, qui a pénétré dans la glande pilo-sébacée, trouve un terrain propice à son développement.

Deux cas d'empoisonnement aigu par le phosphore (en collaboration avec M. le docteur Stroup). *Rev. méd. de l'Est*, 1891, p. 177.

L'insomnie déjà notée par Elkins et Middlemass, l'absence de l'hypothermie, habituelle dans les cas analogues, la diminution considérable des chlorures dans les urines qui n'a pas encore été signalée, telles sont les particularités de ces observations.

Contribution à l'étude de la parotidite chronique saturnine. *Rev. méd. de l'Est*, 1885, p. 449.

La parotidite chronique saturnine n'avait pas encore été décrite, elle n'est cependant pas très rare mais, par suite du peu de symptômes subjectifs auxquels elle donne naissance, elle demande à être recherchée.

La parotidite saturnine a un début insidieux, une marche lente, chronique, elle révèle cliniquement son existence par un gonflement de variable intensité, qui porte habituellement sur les deux parotides mais d'une manière inégale et quelquefois même n'occupe pas la totalité de l'organe. La palpation, ordinairement indolore, peut éveiller une légère sensibilité ; rarement les malades accusent une douleur spontanée.

Dans cette manifestation du saturnisme, il s'agit, comme je l'indique, d'une inflammation interstitielle de la parotide qui a été mise en évidence par l'examen microscopique pratiqué par MM. Baraban et Prenant sur une parotide que j'avais recueillie à l'autopsie d'un saturnin.

Ces détails histologiques sont exposés dans la thèse de M. Valence faite sous mon inspiration en 1888. (*De la parotidite chronique saturnine.* Thèse de Nancy.)

De la médication opiacée-belladonée dans le diabète sucré et la polyurie nerveuse (en collaboration avec M. le professeur Spillmann). *Rev. méd. de l'Est*, 1887, p. 394.

La médication opiacée-belladonée ne doit pas être employée indistinctement dans tous les cas de diabète sucré ; si elle peut être utile dans les cas récents, elle est inefficace et même nuisible dans les cas déjà anciens ; elle est formellement contre-indiquée quand il y a lésion concomitante du rein quel que soit l'antagonisme supposé de l'opium et de la belladone. Dans la polyurie d'origine nerveuse, cette médication est loin d'être sûre et capable d'atténuer les symptômes de la maladie.

Théobromine et diurétine. Recherches physiologiques et cliniques en collaboration avec M. le professeur Schmitt). *Société de médecine de Nancy,* 24 décembre 1890.

La diurétine administrée à la dose de 4 grammes par jour a eu une action diurétique passagère chez les malades qui n'avaient pas d'œdème, persistante dans le cas d'hydropisie, nulle quand il y avait une sclérose rénale. Une seule fois ce médicament a produit un état nauséeux.

Note sur la valeur hypnotique de l'uralium. Recherches cliniques (en collaboration avec M. le professeur Schmitt). Nouveaux remèdes, 24 nov. 1890.

Nous avons donné l'uralium 95 fois à 18 malades à des doses variant entre 0gr,20 et 2gr,50. Il faut arriver à la dose de 1 gramme pour observer un effet soporifique réel ; mais à cette dose ou même à des doses supérieures, l'effet hypnotique n'est pas constant. Le sommeil obtenu est calme, mais léger et entrecoupé ; l'uralium est mal supporté et occasionne facilement des troubles digestifs, sa valeur soporifique est inférieure à celle du chloral et de l'opium.

De la valeur hypnotique des injections rectales d'acide carbonique et de gaz sulfhydrique (en collaboration avec M. le professeur Spillmann). *Soc. de biologie*, 15 décembre 1886.

Deux ou trois heures après une injection gazeuse rectale, quand le ballonnement du ventre a disparu, le sommeil se produit chez des malades

qui, par l'ingestion de chloral ou d'opium, n'obtiennent plus qu'un léger engourdissement. La suppression de l'injection gazeuse laisse le malade en proie à l'insomnie, cette action hypnotique est due à l'acide carbonique.

De la valeur thérapeutique des injections gazeuses rectales d'acide carbonique et de gaz sulfhydrique (en collaboration avec M. le professeur SPILLMANN). *Rev. méd. de l'Est*, 1887, p. 106.

Les différents phénomènes que nous avons observés chez les tuberculeux (diminution des quintes de toux, de l'expectoration, des vomissements, production du sommeil) peuvent s'expliquer par une anesthésie générale pour la production de laquelle l'action de l'acide carbonique nous semble devoir être invoquée.

Au point de vue pratique, deux conclusions sont à tirer : 1° la médication gazeuse rectale est palliative et non curative ; 2° les difficultés de son application aussi bien que les malaises éprouvés par certains malades, ne sont pas compensées par les résultats thérapeutiques obtenus jusqu'à ce jour.

Enlèvement et utilisation des boues et immondices de la ville de Nancy. *Rev. méd. de l'Est*, 1891, p. 353.

Les ordures ménagères riches en microbes souvent pathogènes, font courir à la santé publique des dangers que l'application de mesures indiquées dans ce travail peut conjurer. (Le conseil d'hygiène a adopté les conclusions de cette communication et la ville de Nancy a depuis donné en partie satisfaction aux vœux exprimés).

Projet d'organisation d'un service d'informations concernant les maladies épidémiques dans l'arrondissement de Nancy. *Rev. méd. de l'Est*, 1891, p. 321.

Fonctionnement en 1891 du service d'informations concernant les maladies épidémiques dans l'arrondissement de Nancy. *Rev. méd. de l'Est*, 1892, p. 552.

L'information en matière de maladies contagieuses par les instituteurs, prévue par les circulaires ministérielles des 25 juillet et 7 décembre 1889 laisse à désirer à plus d'un point de vue, elle a, à nos yeux, pour complément nécessaire l'information par les maires ; un bulletin imprimé de déclaration du modèle que nous donnons, facilitera leur tâche.

Création d'un service départemental de désinfection en Meurthe-et-Moselle. *Rev. méd. de l'Est*, 1891, p. 688.

La désinfection par les vapeurs sulfureuses est insuffisante, l'usage de pulvérisations au sublimé et l'emploi d'une étuve à vapeur sous pression sont indispensables. (Ce vœu adopté par le Conseil d'hygiène a été dans la suite réalisé en Meurthe-et-Moselle.)

Relations d'épidémies de choléra, diphtérie, dysentérie, fièvre typhoïde, typhus et variole, non publiées et déposées à la Préfecture de Meurthe-et-Moselle.

Rapports sur des questions de salubrité et d'hygiène publique non publiés et déposés à la Préfecture de Meurthe-et-Moselle.

Rapports médico-légaux non publiés et déposés au parquet de Nancy.

Revues critiques. — De la thérapeutique de la fièvre typhoïde. *Rev. méd. de l'Est,* 1882, p. 634.

Les effets de la mélinite, d'après le Dr TACHARD. *Rev. méd. de l'Est,* 1887, p. 596.

Articles bibliographiques dans la *Revue médicale de l'Est* et dans la *Revue des sciences médicales.*

THÈSES INAUGURALES

FAITES A NANCY

sous l'inspiration et d'après les leçons et les observations cliniques du

Docteur Pierre PARISOT

De la dysphagie dans les épanchements pleurétiques,
par M. Renaud, 1886.

De la parotidite chronique saturnine,
par M. Valence, 1888.

De l'épilepsie chez le vieillard,
par M. Jabot, 1890.

Quelques considérations sur la pleurésie sénile,
par M. L. Saucerotte, 1890.

Recherches sur la constipation chez le vieillard,
par M. Stroup, 1893.

De l'hérédité de la longévité,
par M. L. Lebon, 1894.

Nancy. — Imprimerie Nancéienne. — Dir. : Sylvin.